R. Major José Inácio, 2392 - Centro,
São Carlos - SP, 13560-161
Telefone e WhatsApp: (16) 2107-0123

CNPJ: 45.362.324/0001-08 - CREMESP: 05.087
CEVS: 354890622-864-000001-1-6 - CNES: 2057239
/labmaricondi | labmaricondi.com.br

QUESTIONÁRIO PARA TESTES GENÉTICOS

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Exame/código: _____

Material (sangue, LCR, DNA, saliva, outros): _____

Data de envio da amostra: _____/_____/_____ Data da coleta: _____/_____/_____

Nome do médico: _____

Tel.: _____ CRM: _____

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____ Data: _____/_____/_____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Indeterminado

Suspeita clínica: _____

Antecedentes familiares (especificar parentesco): _____

Principais sintomas clínicos: _____

ISO 9001 | Sistema Nacional de Acreditação DICQ patrocinado pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas | PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade | Controllab

QUESTIONÁRIO PARA TESTES GENÉTICOS

CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Cliente: _____ Cod: _____

Exame: _____ Cod: _____

Nome do paciente: _____

CPF: _____ Data de nascimento: _____/_____/_____

Dados de interesse_____

_____

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu_____, através deste consentimento concordo que seja realizada uma análise laboratorial que visa analisar o meu material genético para fins diagnósticos (ou de pessoa sob minha guarda). Tenho ciência de que o teste realizado é especifico para _____.

Testes para condições genéticas podem ser complexos e dessa maneira, caso necessite uma melhor compreensão deste resultado procurarei o auxilio de um aconselhador genético para entender os riscos e benefícios destes achados.

Entendo que, devido às limitações da tecnologia e conhecimento incompleto da ação do gene, algumas alterações podem não ser detectadas e que há a possibilidade de que eu seja portador de uma alteração genética, mesmo frente a um resultado negativo.

A acurácia dos testes de DNA, para doenças genéticas, depende de dados corretos da história pessoal e familiar e a inter-relação dos membros envolvidos da família.

Um resultado positivo é uma indicação de predisposição ou presença de uma doença especifica e que estudos posteriores serão necessários para confirmação destes achados.

Devido à complexidade dos testes genéticos e as importantes implicações dos seus resultados, os relatórios finais serão enviados confidencialmente exclusivamente para o médico ou aconselhador genético ou pessoa designada por mim.

Eu entendo que a(s) amostra(s) obtida(s) será(ão) utilizadas exclusivamente para o estudo solicitado. Caso eu não opte em liberar a amostra de DNA para estudo de pesquisa, entendo que ele será destruído imediatamente após uso no processamento do teste.

_____	_____	_____/_____/_____
Assinatura do paciente	RG	Data da Solicitação